



8º Encontro Internacional de Política Social 15º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Questão social, violência e segurança pública:
desafios e perspectivas

Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

Mesa coordenada Usos de drogas como objeto transnacional de políticas de saúde.

Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários de álcool e outras drogas: inovações e tensões

Mônica de Castro Maia Senna¹

Resumo: O presente trabalho examina as alterações introduzidas pela RAPS na conformação da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas, identificando inovações, contradições e tensões existentes no padrão de intervenção estatal na questão. Por meio de pesquisa bibliográfica e documental, discute as concepções que embasam a RAPS, os embates entre o modelo de atenção psicossocial e a lógica hegemônica proibicionista, assim como as tendências recentes de desmonte dos avanços conquistados. Demonstra as contradições do processo de construção da RAPS e a retomada de fortes investimentos no modelo manicomial, nas Comunidades Terapêuticas e na lógica moralizante e proibicionista no campo de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira; Luta antimanicomial; Política de saúde mental; Rede de Atenção Psicossocial; Álcool e outras drogas.

Psychosocial Care Health Network for alcohol and other drugs users: innovations and tensions

Abstract: This paper examines the changes introduced by the RAPS in shaping health care policy for alcohol and other drugs users. It aims to identify some innovations, contradictions and tensions in that public policy. Bibliographic and documentary researches were made in order to analyze the concepts that underlie RAPS, the clashes between the psychosocial care model and the prohibitionist hegemonic logic, as well as the recent tendencies to dismantle the advances achieved. The results demonstrate some contradictions of the RAPS implementation process. They also show the recent trend of strong investments in the asylum and prohibitionist model, as well as the strengthening of Therapeutic Communities in opposite to the Anti-asylum Psychiatric Reform in Brazil.

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform; Deinstitutionalization Movement; Mental health policy; Psychosocial care network; Alcohol and other drugs.

1 Introdução

No Brasil, somente há muito pouco tempo os usos do álcool e outras drogas foi reconhecido como um problema de saúde pública. Ao longo da história, a forma predominante de lidar com a questão tem sido por meio de um forte viés repressivo, associando a temática das drogas quase que exclusivamente ao campo da segurança pública.

É possível afirmar que a entrada do tema na agenda da saúde pública brasileira se deve, em grande medida, à emergência da epidemia da AIDS (Síndrome da

¹Assistente Social, Mestre e Doutora em Ciências – Saúde Pública. Professora Associada do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social e da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. Bolsista Produtividade CNPq. E-mail: monica.senna20@gmail.com.

Imunodeficiência Adquirida) no início dos anos 1980, quando os usuários de drogas injetáveis eram considerados, ao lado de outros segmentos sociais, como grupo de risco para a então desconhecida e letal doença. Assim, menos do que uma preocupação direta com o uso prejudicial das drogas e mais com o controle da propagação da epidemia de AIDS é que o setor saúde passa a lançar novos olhares sobre a questão.

Porém, mesmo que a princípio limitada a essa perspectiva, a incorporação ao campo da saúde pública, associada à adoção da estratégia de Redução de Danos (RD), foi provocadora de importantes avanços na forma de conceber e intervir na questão das drogas, sobretudo por possibilitar outros caminhos, opostos ao proibicionismo e à abstinência total. Assim é que, de forma incremental, a estratégia de RD vai adentrando o debate sobre drogas no Brasil, mas não sem tensões e conflitos com a lógica hegemônica que orienta a “guerra às drogas” e criminaliza seus usuários, especialmente os mais pobres, com um claro viés racista e de classe social.

A aproximação da temática dos usos do álcool e de outras drogas ao campo da saúde mental ganha novos contornos no início dos anos 2000, quando é publicada a Lei Federal nº 10.216, de 2001, também chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira ou Lei Paulo Delgado, em homenagem ao autor do Projeto de Lei que lhe deu origem após mais de uma década de tramitação no Congresso Nacional. Conquista de um potente movimento social em defesa da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com atuação que se estende desde os anos 1970, essa Lei demarca um novo direcionamento para o modelo assistencial em saúde mental no país, buscando romper com a tradição hospitalocêntrica e asilar dos manicômios. Até então, esse era também o tratamento psiquiátrico dirigido a pessoas em uso prejudicial do álcool e de outras drogas, submetidas a internações nos manicômios, muitas das vezes de forma compulsória, à abstinência total e a intensas punições, castigos e experimentações as mais diversas. Impossível aqui não lembrar o longa-metragem *Bicho de Sete Cabeças*, dirigido por Laís Bodanzky (2000) e a história de seu protagonista, Neto, inspirada no livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno.

Entre as inovações trazidas pela Lei da Reforma Psiquiátrica está o reforço dos serviços extra-hospitalares de base comunitária e territorial, capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados (PITTA, 2011), ao mesmo tempo em que reconhece as pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos. Desse modo, a Lei desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado dos usuários

em seu contexto social, ainda que sem promover uma ruptura radical com o modelo manicomial conforme fora proposto em seu projeto original.

Nos marcos dessa Lei, a questão do álcool e outras drogas é também ressignificada, abrindo possibilidades para o reconhecimento dos usuários de drogas como sujeitos e determinando que o cuidado deva ocorrer no território, de modo a respeitar a história, cultura e vínculos sociais desses sujeitos (MACHADO; BOARINI, 2013). Também impulsionados pela lei, são instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com uma modalidade específica para álcool e outras drogas, o CAPS-AD. A partir daí, um conjunto de normativas foi adotado pelo Ministério da Saúde, enfatizando a expansão dos CAPS e a construção de uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Vale destacar que esse processo foi tensionado, a todo o momento, pela lógica hegemônica proibicionista e abstinência, sobretudo no tocante às chamadas drogas ilícitas.

Um passo adiante na conformação de uma política nacional de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas foi a instituição, em 2011, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria Ministerial no. 3.088/ 2011. A RAPS tem como objetivo ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, transtorno mental e/ou uso de crack, álcool e outras drogas, orientando-se por diretrizes ancoradas no respeito aos direitos humanos, no combate ao estigma e ao preconceito, na garantia da qualidade dos serviços prestados, na construção da integralidade e da intersetorialidade e na participação dos usuários, familiares e comunidade na definição do projeto terapêutico.

É sobre o processo de constituição da RAPS para usuários de álcool e outras drogas no Brasil que se debruça o presente trabalho. Parte-se do entendimento de que enquanto política pública, a RAPS possui caráter processual e dinâmico, sujeito a determinações de diferentes ordens, resultando das relações sociais em diferentes contextos e participando de um processo global de regulação política e de legitimação na sociedade (BOSCHETTI, 2006). Nessa direção, a proposta aqui é examinar as alterações introduzidas pela RAPS na conformação da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas, identificando as inovações, contradições e tensões existentes no padrão de intervenção estatal na questão. As reflexões aqui realizadas se sustentam em revisão da literatura sobre o tema, articulada a análise documental da legislação

nacional sobre a atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no período de 2000 a 2019.

Para fins de exposição, o trabalho está dividido em três partes, além dessa introdução e das considerações finais. A primeira parte examina o conceito de rede de atenção assumido pela RAPS, contextualizando sua emergência e discorrendo sobre seus avanços e limites. Em seguida, o trabalho aborda as tensões e contradições entre a proposta da RAPS e as políticas de combate às drogas no país. Por fim, discute-se a tendência de reforço da lógica hospitalocêntrica e higienista expressa na adoção de medidas recentes tais como o estímulo à expansão das comunidades terapêuticas de base religiosa e a instauração da chamada *nova* Política de Saúde Mental de 2017, o que coloca em risco as concepções e os valores defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira para atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico e/ou usuários de álcool e outras drogas.

2 RAPS: de que rede se está falando?

A implantação da RAPS se insere no interior do processo de constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), iniciado um ano antes, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279/ 2010. A institucionalização da RAS tem como objetivo central promover o enfrentamento da fragmentação do sistema de serviços de saúde, “*com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência*” (BRASIL, 2010, p. 01). Trata-se, portanto, de uma estratégia de aprimoramento da lógica sistêmica do SUS para garantia da integralidade das ações. A RAS reforça a Atenção Básica em Saúde (ABS) como porta de entrada do sistema, definindo-a como ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado. No processo de implantação das RAS foram pactuadas, entre os gestores dos três níveis de governo, cinco redes temáticas prioritárias, entre as quais se situa a RAPS.

Pode-se dizer, em linhas gerais, que a RAPS é constituída por diversos dispositivos ou pontos de atenção, vinculados a sete componentes centrais. Tais componentes vão desde a Atenção Básica em Saúde até a Atenção Hospitalar, passando pela atenção de urgência e emergência e considerando ainda estratégias de desintitucionalização e de reabilitação psicossocial.

Um aspecto importante a realçar é que a partir da promulgação da Lei nº 10.216/ 2001, várias medidas normativas contribuiram para ampliar a perspectiva da atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, se contrastada com a lógica

puramente repressiva anterior. Merece destaque, nessa direção, a implantação, em 2003, da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), cujos marcos referenciais se relacionam à estratégia de Redução de Danos, ao tratamento extra-hospitalar de base comunitária referido no território. No mesmo período são criados ou redefinidos diversos serviços, como o CAPS-AD, o Consultório na Rua e as Unidades de Acolhimento, dentre outros. Essas e as muitas iniciativas existentes contribuíram de modo decisivo para estruturar a atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas sob novos paradigmas (SILVA; ABRAHÃO, 2016) e materializaram as bases institucionais dos serviços que compoariam a RAPS no campo do álcool e outras drogas ao longo da década de 2010.

Não se pode esquecer aqui a contribuição dos movimentos sociais e dos trabalhadores da saúde mental ao longo desse processo, merecendo sublinhar as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, cujo relatório final incorpora, pela primeira vez no campo, a temática da droga como pauta do eixo referente à reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Coe e Duarte (2017) sublinham a potência desses movimentos sociais no decorrer de todo o processo, na medida em que buscaram articular a ocupação tática de espaços estratégicos na gestão governamental com a manutenção de sua identidade como movimento social, por meio das associações de usuários e familiares e do movimento antimanicomial. Desse modo, os movimentos sociais possibilitaram ampliar a agenda política do campo da saúde mental para outras questões, dentre elas os usos do álcool e outras drogas.

Decerto, a RAPS parte da concepção defendida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira de que o cuidado deve acontecer no território, em substituição ao modelo asilar. Nesse sentido, propõe um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, pautado nas diretrizes de integralidade e continuidade do cuidado; integração e articulação de serviços; e construção de vínculos entre os diversos atores sociais e os setores de políticas públicas (BRASIL, 2011). Pretende, desse modo, qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências à atenção psicossocial em seus diferentes níveis de complexidade.

A ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental e a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, associadas à expansão e regionalização da rede de serviços substitutivos, têm sido destacadas como importantes conquistas pela literatura voltada ao estudo sobre o tema, dentre eles os trabalhos de Macedo et al. (2017) e Lima

e Guimarães (2019). Não obstante os avanços representados pela implantação da RAPS, sobretudo no que diz respeito ao esforço de constituição de uma rede integrada de serviços de saúde, é preciso considerar alguns tensionamentos e limites em sua implementação.

A definição da ABS como ordenadora do cuidado tem sido frequentemente conflitada com a centralidade assumida pelos CAPS na política de saúde mental a partir dos anos 2000. Amarante (2003) já alertava para o caráter contraditório dessa centralização dos CAPS *vis-à-vis* a própria ideia de rede substitutiva e comunitária, um dos pontos chave do movimento em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O autor chegou a cunhar a expressão “*capsização*” para se referir a essa centralidade. Desse modo, pode-se reconhecer que o desenho da RAPS avança em direção ao entendimento de que a Atenção Básica é o lócus privilegiado para o conhecimento do território pelos profissionais e que a atuação em saúde mental não se restringe a consultórios e serviços especializados. Mas, ao mesmo tempo, ele mantém e até mesmo aprofunda a centralidade do CAPS na rede, agora na condição de principal dispositivo assistencial especializado, além de responsável pelo fluxo assistencial da rede e pelo matriciamento dos serviços não especializados.

Sem desconsiderar a relevância histórica dos CAPS como parte do avanço das políticas de saúde mental no Brasil e do reconhecimento dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas, o que se quer chamar atenção aqui é para o risco de perpetuação de uma lógica de cuidado especializado e de urgência em detrimento de perspectivas de atenção contínua e de base comunitária e territorial (COSTA et al, 2018). Nessa mesma direção, Coe e Duarte (2017) advertem que, ao definir os CAPS como dispositivo de atenção psicossocial especializada e não incorporar os ambulatorios de saúde mental no âmbito da rede, a RAPS tende a induzir a um processo de “ambulatorização” dos CAPS, limitando-os a atendimentos especializados próprios da média complexidade.

Os autores sublinham ainda fragilidades relacionadas à insuficiência do número de CAPS-AD no território brasileiro e sua desigual distribuição pelas regiões do país, indicativos da baixa cobertura desses dispositivos, mesmo com a expansão observada na última década. Esse quadro, aliado ainda à precarização dos vínculos profissionais e à baixa densidade de articulação de ações intersetoriais que ultrapassem o próprio setor saúde, acaba por limitar o potencial da RAPS, levando ao risco de

reduzi-la a um mero mecanismo de regulação e organização dos fluxos assistenciais no interior do SUS, engessado por seus parâmetros normativos. Como muito bem nos ensinam Nicácio e Campos (2004, p. 72),

[...] a construção dos serviços de atenção psicossociais efetivamente substitutivos e territoriais não pode ser compreendida como simples modernização do circuito assistencial e implica uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico. (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p. 72)

3 Atenção psicossocial, redução de danos e proibicionismo

A implantação da RAPS se assenta na estratégia de Redução de Danos (RD) enquanto um de seus princípios basilares, confrontando-se com a lógica proibicionista e abstinência que perdura, de forma ainda predominante, no trato dado à questão. A incorporação dessa perspectiva é, nesse sentido, marcada por diversos conflitos e tensões que influem nos rumos assumidos pela RAPS e em seu alcance enquanto política pública capaz de garantir o cuidado integral centrado nos territórios, os direitos de cidadania da pessoa em sofrimento psíquico e dos usuários de álcool e outras drogas e a promoção de sua autonomia.

Como se sabe, as primeiras medidas governamentais no campo do álcool e outras drogas se deram sob a égide de concepções higienistas e criminalizantes, que combinaram controle social, repressão e institucionalização como pedras de toque no trato da questão (LIMA, 2009; PRUDENCIO, 2019). Conforme apontado pelas autoras, o predomínio dessa lógica contribuiu sobremaneira para afastar o debate sobre a construção do cuidado para os usuários de álcool e outras drogas, ficando o tema restrito à ótica moralizante e punitiva tanto das instituições privadas, sobretudo no caso do álcool, quanto da Segurança Pública, especialmente em relação às outras drogas. Nem mesmo o texto da Constituição Federal de 1988, com seus inegáveis avanços quanto ao reconhecimento dos direitos sociais, ousou romper com a hegemonia do estatuto médico-jurídico que modelou as intervenções públicas nesse campo.

A incorporação da temática do álcool e outras drogas como questão de saúde pública no Brasil é, como já mencionado, um processo relativamente recente e está associado à emergência da epidemia de HIV/ AIDS nos anos 1980. Naquele contexto, a preocupação central residia no controle da disseminação de uma doença ainda desconhecida, mas com altas taxas de mortalidade. A atenção aos usuários de

álcool e outras drogas era, portanto, não mais do que uma questão residual. Mas ainda assim, possibilitou traçar novos olhares para o tema.

Um marco no processo de incorporação da RD como estratégia da atenção aos usuários de álcool e outras drogas foi a implantação do Programa de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) pelo Ministério da Saúde, em 2003, promovendo a inclusão do tema drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo foi em muito favorecido pela atuação do psiquiatra Pedro Delgado, militante histórico do movimento antimanicomial, à frente da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde no período de agosto de 2000 a dezembro de 2010. O PAIUAD trouxe uma noção ampliada em relação ao enfoque da RD, incorporando suas dimensões sociais e de saúde a partir da perspectiva de redução das consequências adversas do uso do álcool e outras drogas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Prudencio (2019) assinala que sob essa perspectiva o foco central deixa de ser a substância droga para mirar na prevenção aos danos causados pelos seus usos, tomando o usuário do álcool e outras drogas como protagonista na sua relação com essas substâncias. Em linha semelhante, Machado e Miranda (2007, p. 818) avaliam que a concepção de redução de danos sociais e à saúde amplia-se na compreensão das drogas como fenômeno complexo e multideterminado e na proposição de intervenções centradas no sujeito, e não na droga, e pautadas por ações territoriais que respeitem o contexto sociocultural e possibilitem o acesso dos usuários à política de saúde enquanto um direito. Nas palavras dos autores:

Trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 818).

É essa a tônica a orientar a concepção de RD que informa a construção das RAPS. Todavia, há que se ressaltarem os conflitos e contradições nesse processo. Aqui vale pontuar que na mesma data em que é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 2001 – quando o tema droga é introduzido de forma inédita nos debates travados nesse espaço – ocorria, de forma paralela, o II Fórum Antidrogas. Convocado pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), ambos instituídos em 1998 e integrados, em 2000, ao então

recém-criado Sistema Nacional Antidroga (SISNAD). Esse Fórum homologa a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

A PNAD de 2001 até faz menção à RD, mas a limita a uma estratégia de prevenção de doenças infectocontagiosas. O enfoque principal dessa política reafirma o proibicionismo às drogas e a abstinência total, apontando em direção ao ideário de uma sociedade livre dessas substâncias e reforçando a declaração de “guerra às drogas”. Essa tendência é ainda acentuada pelo fato de que o SISNAD, sistema responsável pela operacionalização da política, vinculava-se diretamente ao Gabinete de Segurança Institucional (GSI) da Presidência da República.

Em 2005, a PNAD é substituída pela Política Nacional **sobre** Drogas, vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública. Embora ainda mantendo a perspectiva de redução da oferta nos moldes da PNAD que a antecedeu, essa nova política, diferente da anterior, incorpora a RD como estratégia de cuidado e prevenção de riscos e danos sociais e à saúde. No entanto, conforme assinala Prudencio (2019), essa incorporação não foi suficiente para ultrapassar a determinação da abstinência total como estratégia central na redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso prejudicial do álcool e outras drogas.

O que se quer ressaltar com essas considerações é que duas lógicas distintas e oponentes têm se confrontado ao longo desse percurso, expressando as muitas disputas existentes no campo. De um lado, situam-se as concepções marcadamente proibicionistas, de caráter moralista e higienista, balizadas pela perspectiva de guerra às drogas e encampadas prioritariamente pelas áreas de Segurança Pública e da Justiça. De outro lado, encontra-se a perspectiva abraçada pelo setor saúde, consoante aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e pautada pela defesa do acesso à atenção psicossocial qualificada e pela estratégia de redução de danos, como caminhos em direção ao respeito às singularidades dos sujeitos e à garantia de seus direitos de cidadania. Essas disputas adentram um conjunto de medidas adotadas ao longo dos anos 2000 e atravessam o processo de implementação das RAPS.

Se em meio a essas disputas, a lógica proibicionista se manteve hegemônica, é preciso apontar que, em anos recentes, ela se aprofunda e ganha novos contornos, por meio de uma série de ações e normativas adotadas pelo governo federal, apontando para uma guinada ultraconservadora e para retrocessos significativos que colocam em risco os avanços obtidos até aqui.

4 Atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas sob ameaça

Como visto, os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em especial no campo do álcool e outras drogas, têm sido constantemente desafiados por disputas entre sujeitos coletivos com interesses diversos. Nesse sentido, longe de um caminho evolutivo, trata-se de um processo dinâmico, conflitivo, sujeito a marchas e contramarchas.

É possível destacar dois atores chave como ferrenhos opositores à reforma empreendida. Um deles é representado pela Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), congregando um segmento heterogêneo e com práticas bem diversificadas entre si, mas movido por interesses de ordem religiosa e disputas em torno do fundo público (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Outro ator fundamental diz respeito a uma parcela da categoria médica, liderada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), representando não apenas interesses corporativos, mas também da indústria farmacêutica e do complexo empresarial hospitalar (PEREIRA, 2020).

Esses opositores se fizeram presentes em todo o momento de implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de diferentes maneiras e utilizando-se de estratégias as mais diversas para influenciar e vetar esse processo. Passos (2017) cita, por exemplo, que desde a institucionalização da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, ainda em 1991, esse espaço tem sido bastante disputado por esses atores, dado seu papel central na conformação da política de saúde mental. De acordo com Pereira (2020), até o ano de 2015, no entanto, estavam à frente dessa Coordenação sujeitos defensores da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, o que possibilitou, de forma inequívoca, os avanços na atenção às pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas, bem como constituiu uma espécie de freio às tentativas de reversão das reformas implantadas.

Mas mesmo durante esse período, outras medidas em direção oposta aos princípios da Reforma Psiquiátrica antimanicomial foram adotadas e podem ser creditadas, em grande parte, à pressão desses grupos opositores, aliada a disputas internas na própria base governista. Aqui merecem destaque a instituição, por meio do Decreto nº7.179/2010, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (no ano seguinte transformado no Programa *Crack, é possível vencer*) e a Portaria nº131/2012, que insere as Comunidades Terapêuticas na RAPS como um dos componentes substitutivos.

Guimarães e Rosa (2019) argumentam que o plano de enfrentamento ao crack partiu da narrativa, fortemente construída pela mídia, da existência de uma *epidemia de crack*, apesar de estudos epidemiológicos indicarem ser o álcool o principal problema de drogas no Brasil. As autoras assinalam que a partir daí abre-se uma disjuntiva entre a saúde mental e a questão do álcool e outras drogas, em meio a disputas por recursos públicos do orçamento do SUS. Em direção semelhante, Duarte (2018) sublinha que essa medida acaba por privilegiar uma única droga, promovendo a aliança do governo com setores conservadores, dando ênfase às Comunidades Terapêuticas e abrindo espaço para a reedição da lógica proibicionista, criminalizante, higienista e manicomial contra a qual se pautava a Reforma Psiquiátrica antimanicomial.

As Comunidades Terapêuticas ainda recebem reforço no período por meio da Portaria nº131/2012, que as reconhece como serviço substitutivo no âmbito da RAPS, aptas a receber recursos financeiros do SUS. No entanto, como advertem Guimarães e Rosa (2019, p. 121), essas instituições não se qualificam como serviço de saúde, haja vista sua forte vinculação à “*perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem equipe técnica para compor a rede*”. Cabe mencionar ainda a nomeação de Valencius Wurch para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 2015. Ex-diretor do então maior hospício privado da América Latina e com frequentes denúncias de maus-tratos e violação de direitos das pessoas em sofrimento psíquico, esse psiquiatra tem sua história profissional associada a práticas e interesses asilares, manicomiais e isolacionistas, o que gerou uma intensa mobilização de amplos setores dos movimentos em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira e culminou com sua saída do cargo em abril de 2016. Na avaliação de Passos (2017), essa saída se deu muito mais em função do jogo político em torno do *impeachment* que derrubou a presidente Dilma Rousseff do que da pressão desses movimentos.

Se essas medidas, além de outras, já sinalizam para a reversão dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica antimanicomial, o contexto que se abre a partir do Golpe de 2016 aprofunda essa tendência em direção a um verdadeiro desmonte do processo construído ao longo de décadas, configurando o que Guimarães e Rosa (2019) denominam de *remanicomialização* do cuidado em saúde mental. No caso específico da atenção ao álcool e outras drogas, esse quadro é ainda acompanhado do reforço a práticas de criminalização da pobreza associadas ao aprofundamento da lógica

proibicionista que prega a abstinência total e o isolamento compulsório como únicos caminhos para lidar com o uso prejudicial do álcool e outras drogas.

Por meio de um conjunto de resoluções e portarias, com destaque para a Portaria nº3.588/2017 que institui a chamada *nova política de saúde mental*, são introduzidas diversas alterações na orientação da política, em um claro movimento de contrarreforma. Dentre essas alterações encontram-se o aumento do financiamento para a internação psiquiátrica; o incentivo financeiro para ampliação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais; o desfinanciamento do modelo de atenção psicossocial de base comunitária; a ambulatorização do cuidado com equipes especializadas e a ampliação do aporte financeiro direcionado às Comunidades Terapêuticas (DUARTE, 2018; GUIMARÃES; ROSA, 2019; PEREIRA, 2019), implicando, assim, em um reforço à tendência asilar com nítida priorização dos manicômios e das Comunidades Terapêuticas e esvaziamento do modelo de atenção psicossocial de base comunitária.

Cabe destacar que essas mudanças foram impostas sem uma ampla discussão com os setores e movimentos históricos da luta antimanicomial, interrompendo, assim, um legado de construção coletiva da política. Por outro lado, tais medidas foram amplamente apoiadas pela indústria farmacêutica, pelo empresariado médico-hospitalar, pela ABP e pela Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas, dentre outras entidades (PEREIRA, 2020). Ademais, não se pode esquecer aqui do contexto de profunda austeridade fiscal imposta pela Emenda Constitucional nº55/2016, que vem impondo cortes drásticos no conjunto de políticas sociais, dentre elas o próprio SUS.

O governo de Jair Bolsonaro, iniciado em janeiro de 2019, apresenta a tendência de aprofundamento ainda maior das contrarreformas iniciadas nos anos anteriores. Em meio a uma agenda conservadora e ultraliberal, foi apresentada a Nota Técnica nº11/2019 que explicita a linha de atuação da política de saúde mental do governo federal por meio, dentre outras questões, da retomada da ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e do reforço às comunidades terapêuticas como dispositivos das RAPS a serem financiadas pelos SUS. Ao mesmo tempo, a condução da Política Nacional de Álcool e Drogas foi transferida do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania, que tem se orientado pela lógica proibicionista e manicomial, com foco na abstinência e na internação involuntária, em detrimento da atenção psicossocial na RAPS e da estratégia de RD.

Essas medidas são ainda acompanhadas pelo esvaziamento das instâncias de participação e controle social, a exemplo do CONAD que, por meio do Decreto nº 9.926/2019, teve a participação de representantes da sociedade civil extinta, sob a alegação de acabar com o “viés ideológico” existente no Conselho (PEREIRA, 2020). Por outro lado, a instauração, no Congresso Nacional, de uma Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, no ano de 2018 (DUARTE, 2018), expressa bem a capacidade de rearranjo das forças conservadoras em direção ao retrocesso e desmonte da política de saúde mental, álcool e outras drogas e do próprio SUS.

Considerações finais

Os caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no Brasil têm sido longos e tortuosos. As disputas em torno do modelo de atenção em saúde mental opõem um modelo de base comunitária, pautado na defesa intransigente dos Direitos Humanos, da liberdade e da democratização do acesso à saúde, a um modelo centrado na internação e institucionalização daqueles considerados “desviantes” da ordem estabelecida. Mais do que o modelo assistencial, o que está em disputa são projetos societários distintos, em que interesses poderosos são permanentemente confrontados e reconfigurados. Nesse sentido, não se pode desvincular o retrocesso que vem ocorrendo no campo do álcool e outras drogas das muitas iniciativas de desmonte do padrão constitucional de proteção social e de destruição de um projeto civilizatório calcado nos ideais democráticos, de cidadania e de respeito aos direitos humanos.

A luta em defesa da Reforma Psiquiátrica antimanicomial tem contado com um potente e belíssimo movimento social, congregando trabalhadores, gestores, usuários e familiares. Essa mobilização foi e continua sendo fundamental para os avanços conquistados e para resistir a seus retrocessos. Mas também precisa estar articulado a outras lutas sociais. Mais do que nunca, a hora é agora.

Referências

BOSCHETTI, Ivanete. Questões correntes no debate sobre metodologia de avaliação de políticas públicas. **Texto didático preparado para o curso de especialização à distância Política Social e Desenvolvimento Urbano**. Brasília: UnB, 2006.

COE, Neilanza M; DUARTE, Marco José O. A Construção da Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In:

DUARTE, MJO; PASSOS, RG; GOMES, TMS. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017.

COSTA, Pedro Henrique A da; RONZANI, Telmo M; COLUGNATI, Fernando Antonio B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3233-3245, Out. 2018.

DUARTE, Marco José de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.18, n.2, p. 227-243, ago. a dez. 2018.

GUIMARÃES, Thaís AA; ROSA, Lucia Cristina dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, ano 22, n. 44, maio/ago. 2019.

LIMA, Rita de Cássia C. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional**: relações Brasil Estados Unidos e os organismos internacionais. 2009. 336f. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, Déborah Karollyne RR; GUIMARAES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2019.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, Set. 2007.

MACHADO, Letícia V; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol cienc prof**, Brasília (DF), v.33, n.3, p.580-595, 2013.

MACEDO, João Paulo et al . A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

PASSOS, Rachel G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55-75,

jul./dez. 2017.

PEREIRA, Sofia LB. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 26, n. 1, p. 72-87, jan./abr. 2020.

PITTA, Ana Maria F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PRUDENCIO, Juliana DL. **A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro**. 2019. 201f. Tese (Doutorado em Política Social)-Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, Maria Alice B; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Políticas Públicas para Atenção Integral a Saúde dos usuários de álcool e outras drogas na Saúde Mental do Brasil: revisão de literatura. **Diversitates International Journal**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2016.

